

ANNÉE 1905

THÈSE

N°

525

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 20 Juillet 1905, à 9 heures

PAR

René de PAOLI

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DYSMÉNORRÉE MEMBRANEUSE

Président. . . .	M. POZZI, professeur.
Juges	{ MM. POIRIER, professeur. RIEFFEL, agrégé. MORESTIN, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

G. JACQUES, ÉDITEUR

14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

—
1905

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

MONSIEUR LE DOCTEUR X. DE PAOLI

HOMMAGE DE RECONNAISSANCE

A MA MÈRE

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital Broca,
Membre de l'Académie de médecine,
Commandeur de la Légion d'Honneur,

MEIS ET AMICIS

Avant d'aborder le sujet de notre thèse, nous devons rendre hommage à nos maîtres qui ont su nous faire apprécier et aimer la carrière médicale.

Nos remerciements vont tout d'abord à nos maîtres de l'école d'Angers et en particulier à M. le Docteur Monprofit, professeur de clinique chirurgicale, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Nous avons acquis dans son service les premières connaissances chirurgicales et nous n'oublierons jamais ses conseils éclairés.

MM. les Docteurs Petitclerc et Olivier de Rouen, qui nous ont initié aux difficultés de l'auscultation et qui ont guidé nos premiers pas dans les sciences médicales ont droit aussi à notre profonde gratitude.

Nous nous souviendrons de notre stage dans le service de M. le Professeur Hayem. Nous avons puisé dans son enseignement les principaux éléments de la pathologie de l'estomac.

M. le Docteur Bensaude nous a toujours dirigé dans nos investigations cliniques à l'Hôpital Saint-Antoine avec la plus grande amabilité. Nous trouvons ici l'occasion de l'en remercier bien vivement.

Nous avons pu nous familiariser avec les principales opérations de petite chirurgie grâce à la direction bienveillante de M. le Docteur Marion dont nous garderons toujours le meilleur souvenir.

Nos connaissances obstétricales sont dues aux excellentes leçons journalières de M. le Professeur Maygrier auquel nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance.

Pendant notre externat dans le service de M. le Professeur

Pozzi, MM. les Docteurs Jayle, Dartigues et Zimmern nous ont donné les notions essentielles de la gynécologie journalière. Nous les en remercions bien sincèrement.

Nous réservons un témoignage tout particulier de reconnaissance à M. le Docteur Bender, préparateur à la clinique gynécologique de l'hôpital Broca.

Le sujet de notre thèse nous a été inspiré par lui et c'est grâce à ses conseils et à sa collaboration que nous avons pu mener à bonne fin ce modeste travail.

Nous prions notre collaborateur et ami d'accepter nos plus sincères remerciements.

Nous adressons enfin à M. le Professeur Pozzi l'hommage de notre respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

HISTORIQUE

Sous le nom de *dysménorrhée membraneuse* ou d'*endométrite exfoliatrice* on décrit une affection, d'allures très particulières, caractérisée par l'expulsion, au moment de la menstruation, de membranes plus ou moins étendues. Cette expulsion s'accompagne, d'ordinaire, de phénomènes douloureux plus ou moins accentués.

Il semble bien que Morgagni (1) ait été le premier à observer un cas de dysménorrhée membraneuse, en 1723. Il ne soupçonna pas la nature de l'affection qu'il décrivit, mais la physionomie qu'il en trace est tellement caractéristique qu'on ne peut se refuser à admettre qu'il s'agissait, dans son observation, d'une endométrite exfoliatrice typique.

Après lui quelques observations furent publiées, sans grands détails, et c'est en 1846 seulement que Oldham (2), dans un travail d'intérêt primordial, mit en lumière la nature vraie de la dysménorrhée membraneuse ; les constatations de l'auteur

1. MORGAGNI. — *De sedibus et causis morborum*. Epistola 48. Traduction française de Destouet. Tome III, p. 116.

2. OLDHAM. — *Membranous dysmenorrhoea*, *London med. Gazette*. 1^{er} avril 1846.

anglais furent vérifiées et complétées par Simpson (1) quelques mois plus tard.

La même année, Ashwell (2) et Churchill (3), ayant constaté dans un cas la nature fibrineuse des débris rejetés avec le sang menstruel; érigèrent ce fait en théorie générale, nièrent l'exfoliation de la muqueuse utérine, et considérèrent les produits membraneux expulsés comme des détritüs muco-fibrineux traduisant un état inflammatoire de la muqueuse utérine. Tyler Smith (4), Mandl (5), Klob (6) soutinrent la même théorie mais furent violemment combattus par Coste (7), Laboulbène (8), Follin (9), Lebert (10) qui montrèrent que les débris expulsés contenaient des éléments caractéristiques de la muqueuse de l'utérus.

Tous ces faits sont recueillis dans la thèse de Semelaigne (11), datant de 1851; c'est une étude analytique et critique, bien documentée, mais qui n'apporte pas à la question de nouveaux éclaircissements.

Dès lors les observations se multiplient, si bien que Troque (12), dans sa thèse de 1869, peut en rassembler vingt-sept, parmi lesquelles il en compte néanmoins treize comme douteuses. Depuis ce moment, aussi, la pathogénie et l'anatomie pathologique de la dysménorrhée membraneuse furent étudiées de plus près. Nous

1. SIMPSON. — *On the nature of the membrane occasionally expelled in dysmenorrhoea. Edinburgh monthly Journ. of. med. Sc.* 1846, sept., p. 161.

2. ASHWELL. — *Pract. treat. on the dis. pecul. to women.*

3. CHURCHILL. — Cité par SEMELAIGNE, *loc. cit.*

4. SMITH. — *Ibid.*

5. MANDL. — *Ibid.*

6. KLOB. — *Ibid.*

7. COSTE. — *Ibid.*

8. LABOULBÈNE. — *Ibid.*

9. FOLLIN. — *Ibid.*

10. LEBERT. — *Ibid.*

11. SEMELAIGNE. — Thèse de Paris. 1851.

12. TROQUE. — Thèse de Paris, 1869.

aurons l'occasion de revenir en détail sur ces différents travaux, au cours des chapitres qui suivront. Nous nous bornerons à citer ici les plus importants, à savoir l'excellente étude de Coquard (1), parue en 1888, les mémoires de Hausmann (2), de Mayer (3), de Wyder (4), de Bernutz (5), etc., et le récent et remarquable travail de Von Franqué (6).

Néanmoins, et malgré le nombre et la valeur de ces travaux, certains points demeurent encore controversés dans l'histoire de la dysménorrhée membraneuse, particulièrement en ce qui concerne l'anatomie pathologique. On s'en rend compte très aisément en constatant le caractère imprécis et le défaut de concordance des différentes descriptions de la maladie données dans les grands traités classiques de gynécologie, tant français qu'étrangers.

Aussi, à l'occasion de deux cas de dysménorrhée membraneuse que nous avons eu l'occasion d'étudier sous la direction de M. Bender, tenterons-nous aujourd'hui une description aussi claire que possible de cette affection, en tâchant de préciser, à l'aide de nos recherches personnelles, les points restés en suspens.

Nous ne reproduirons pas, dans cette thèse, toutes les observations publiées de dysménorrhée membraneuse. Nous avons pensé que ce serait là une énumération fastidieuse, qui n'aurait d'autre effet que d'allonger ce travail, sans utilité aucune puisque les différents cas sont calqués, pour ainsi dire, l'un sur l'autre.

1. COQUARD. — *Revue médico-chirurg. des maladies des femmes*, 1888, p. 270, 337, 403, 465.

2. HAUSMANN. — *Berliner Beiträge zur Geb. und Gyn.* 1871. Bd I, p. 156.

3. MAYER. — *Berliner Beiträge zur Geb. und Gyn.* 1875. Bd 4, p. 29.

4. WYDER. — *Zeitschrift für Geb. und Gyn.* Bd 9, p. 1.

5. BERNUTZ. — *Archives de toxicologie*. 1879. Janv. et févr.

6. VON FRANQUÉ. — *Zeitschrift für Geb. und Gyn.* 1893, Bd 27, p. 1.

ÉTUDE CLINIQUE

Le tableau clinique de la dysménorrhée membraneuse est actuellement bien connu. Il faut reconnaître, d'ailleurs, qu'à ce point de vue, les travaux contemporains n'ont ajouté que des détails d'importance relativement secondaire à la description si nette de Morgagni (1). Voici d'ailleurs, *in extenso*, le passage de la 48^e lettre qui a trait à l'exfoliation de la muqueuse utérine au cours de la période menstruelle :

« Il y avait dans mon pays, dit Morgagni, une dame noble, « d'une taille élevée, d'un teint et d'une constitution louables, « qui était accouchée quelquefois dans les premiers mois de sa « gestation ; mais sa grossesse étant pourtant arrivée à terme, « au milieu de ces avortements, elle avait mis au monde des « enfants viables très gros, quelquefois même deux à la fois, « non sans un grand travail et un accouchement pénible. Dans « l'intervalle de ces accouchements difficiles, elle avait été « sujette assez souvent à un écoulement blanc et innocent et « quelquefois aussi, dans l'espace de temps qui séparait les « purgations menstruelles, à un écoulement de sang que « l'approche de son mari, surtout lorsqu'il pratiquait le coït avec « un peu trop de violence, renouvelait toujours non sans quelque « douleur. Cette femme, à l'âge d'environ 34 ans, commença, « lorsque l'écoulement blanc se fût arrêté, à éprouver par

1. MORGAGNI, *loc. cit.*

« intervalles un nouveau genre de maladie qui revint fort souvent dans l'espace de deux ans et qui, les trois derniers mois, de l'an 1723 et le premier de l'année suivante, où je fus consulté par lettres, reparut toujours à une certaine époque, savoir à celle des menstrues. Car alors des douleurs d'accouchement se déclarèrent, et le cours du sang, qui s'écoulait même plus abondamment qu'à l'ordinaire, commençant le premier ou le second jour, elle rendait par l'utérus au milieu à peu près de cet écoulement, un corps qui paraissait membraneux et qui était d'une forme et d'une grosseur qui répondaient assez bien à la cavité triangulaire de l'utérus ; il était un peu convexe extérieurement et cette face était inégale et non sans un grand nombre de filaments qui paraissaient avoir été arrachés des endroits où ils étaient adhérents mais il était creux en dedans où il était lisse et humecté comme par une humeur aqueuse qu'il aurait contenue auparavant et qu'il aurait répandue en sortant par un grand trou qui existait à l'un de ses angles et qui s'était sans doute ouvert par l'effet du tiraillement. La sortie de ce corps était suivie de lochies abondantes fréquemment interrompues comme cela avait lieu habituellement chez cette femme. Que si quelquefois ce corps sortait, non pas entier mais divisé en petits morceaux qui étaient rendus les uns après les autres, alors les lochies et les douleurs recommençaient aussi alternativement. La femme ayant éprouvé quatre de ces sortes d'avortements très pénibles dans les quatre mois pendant lesquels elle s'était abstenue de communiquer avec son mari, et les remèdes ordonnés par un grand nombre de médecins distingués qui avaient été consultés n'ayant été d'aucune utilité, persuadée qu'il était beaucoup plus avantageux pour elle d'être exempte de douleurs pendant au moins neuf mois, elle ne voulut plus coucher à part ; elle devint grosse au mois de mars 1724 et ne porta pas son fœtus au delà du mois de juin, mais ce qu'elle gagna c'est que le mois de juillet et les deux suivants, les menstrues s'écoulèrent convenablement sans cette incommodité. Les douleurs revinrent cependant au mois de novembre avec

« sortie du corps décrit et tous les autres phénomènes conco-
« mitants, etc. ».

Il ne nous restera à ajouter que peu de chose à la description de Morgagni pour la rendre tout à fait complète.

Le plus souvent, il n'y a pas de signes précurseurs. L'apparition des règles est annoncée par des contractions utérines douloureuses qui précèdent de douze à vingt-quatre heures l'établissement de l'écoulement sanguin. Le maximum de ces douleurs est au niveau de la région hypogastrique, avec irradiations vers la région lombaire, vers l'ombilic, vers la racine des cuisses. Il existe en général une sensation de douleur sourde, continue, accompagnée de pesanteur dans le bas ventre et entrecoupée d'exacerbations pouvant revêtir le caractère de véritables crises. Ces paroxysmes douloureux peuvent être extrêmement violents, rendant le repos impossible aux malades, qui prennent les positions les plus étranges pour essayer d'obtenir une accalmie dans leurs souffrances.

L'écoulement sanguin précéderait habituellement l'expulsion des membranes ; mais il n'en est pas toujours ainsi et, dans les deux observations de Coquard (1), par exemple, l'expulsion du premier lambeau de muqueuse précédait l'apparition des premières gouttes de sang.

Quoi qu'il en soit, l'expulsion des membranes peut se faire dans deux conditions différentes.

Tantôt l'expulsion est totale et la malade rend un sac membraneux complet, moulé sur la cavité utérine. Dans ces cas le passage au travers du canal cervical, assez fréquemment rétréci, donne lieu à des douleurs atroces et les malades qui ont eu des enfants les comparent volontiers aux douleurs de l'accouchement. La membrane expulsée, les douleurs cessent et l'écoulement sanguin se continue normalement. Coquard (1) a remarqué que, alors même que l'expulsion est totale et donne une membrane moulée, elle n'est pas terminée pour cela et se continue ultérieurement sous forme de petits lambeaux. Ce fait semblerait

1. COQUARD, *loc cit.*, page 347.

indiquer que les couches les plus profondes de la muqueuse utérine se desquameraient partiellement à la suite de l'exfoliation en bloc des assises les plus superficielles.

Lorsque l'expulsion se fait par fragments, ceux-ci peuvent présenter des dimensions très variables ; ils sont tantôt larges, tantôt au contraire très petits, comme dans le cas rapporté par Gautier (1), où ils ne dépassaient pas un millimètre dans leur plus grand diamètre.

Dans ce cas chaque lambeau déterminera, à sa sortie de l'utérus, une nouvelle crise douloureuse. Quelquefois même un fragment membraneux peut oblitérer l'orifice interne du canal cervical, retenant le sang menstruel qui s'accumule dans la cavité utérine, la distend et cause une hématométrie. Beigel (2) insiste particulièrement sur ce point. Il dit en effet que : « Dans le cas où un lambeau considérable de la muqueuse s'exfolie sans être expulsé de suite, il peut arriver qu'il oblitère l'orifice interne de la cavité cervicale, en sorte qu'il est totalement impossible au sang de s'écouler au dehors ; il s'accumule dans la cavité utérine et cela en telle quantité qu'il développe une hématométrie complète et considérable ».

L'abondance de l'écoulement sanguin peut varier dans des limites très étendues. Dans un cas de Tyler Smith (3) la perte de sang fut des plus abondantes ; dans un cas de Huchard et Labadie-Lagrave (4), au contraire l'écoulement sanguin se faisait goutte à goutte. Dans d'autres cas, enfin, le sang menstruel est expulsé sous forme de caillots.

On voit, en somme que, dans la dysménorrhée membraneuse, la période menstruelle est marquée par deux crises douloureu-

1. GAUTIER. — Congrès international des Sciences médicales. Genève, 1877.

2. BEIGEL. — *Zur Pathologie der Dysmenorrhoea membranacea*. Archiv für Gynäkologie, 1876. Tome IX, p. 84.

3. TYLER SMITH. — *The Lancet*. 1855, 18 juin, p. 608.

4. HUCHARD et LABADIE-LAGRAVE. — *Archives générales de médecine*, 1870, vol. I, p. 678 ; vol. II, p. 69 et 1871 ; vol. II, p. 706.

ses, une première qui correspond à la congestion de l'utérus et à la desquamation de la muqueuse, une seconde qui correspond à l'expulsion des débris membraneux à travers le canal cervical. Cette dernière crise peut être atténuée ou même ne pas exister, et il semble bien que tout dépende, à ce point de vue, des dimensions relatives des membranes et du canal cervical.

Quoi qu'il en soit, pendant toute la durée de la crise, on note en général des troubles vésicaux, de la dysurie. Les fonctions digestives sont troublées ; il existe de l'inappétence, la langue est sale, l'appétit fait complètement défaut ; on observe de la constipation ou, plus souvent, de la diarrhée ; les vomissements sont fréquents et parfois très abondants.

Le toucher vaginal montre que l'utérus est un peu augmenté de volume, mou, sensible à la pression. Au speculum le col apparaît rouge et congestionné ; l'orifice externe est presque toujours atrésié et l'introduction de l'hystéromètre détermine de vives douleurs.

Lorsque la muqueuse détachée est complètement expulsée, lorsque les douleurs ont cessé, l'écoulement change de caractère. Il est d'abord sanglant, puis rosé puis muco-purulent. Après l'exfoliation l'utérus forme en effet une large surface cruentée qui donne lieu à une sécrétion abondante jusqu'à réparation, ce qui demande, en moyenne une quinzaine de jours.

Il nous reste à signaler, pour en avoir fini avec la séméiologie de la dysménorrhée membraneuse, que, chez certaines malades, les accidents locaux et généraux ne sont pas limités à la période menstruelle proprement dite mais persistent pendant la période intercalaire. La malade est en proie à une surexcitation nerveuse souvent violente ; elle a de fréquents accès de céphalalgie, des douleurs intercostales ou lombo-abdominales. Le fonctionnement du tube digestif laisse à désirer. Ces phénomènes peuvent d'ailleurs être mis, le plus souvent, sur le compte de l'état général de ces malades, qui sont, d'ordinaire, de grandes névropathes. L'hystérie est loin d'être rare chez les femmes atteintes de dysménorrhée membraneuse et l'on connaît le polymorphisme de ses manifestations. Il faut savoir cependant, que, dans certaines cir-

constances, les symptômes existant pendant la période intermenstruelle, peuvent s'aggraver et se multiplier au point de rendre le tableau véritablement inquiétant. C'est ainsi, par exemple, que dans la deuxième observation de Coquard, la malade torturée par des douleurs continuelles, par des vomissements qui, par instants, devenaient incoercibles, épuisée par une leucorrhée abondante, avait été réduite à un état d'adynamie profonde et passait sa vie sur une chaise longue. Mais les cas de ce genre sont heureusement exceptionnels.

Signalons enfin, à titre de curiosité, que Scanzoni (1) prétendait pouvoir, à l'aide d'un signe particulier, affirmer quinze jours avant la date d'apparition des règles, la présence ou l'absence de membranes dans le sang menstruel ; le signe sur lequel il se basait était un point douloureux pongitif particulier, une sorte de « rongement au niveau de l'ombilic ». Ce symptôme est extrêmement rare et sa valeur est nulle au point de vue du diagnostic.

1. SCANZONI, cité par COQUARD, *loc. cit.*

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'aspect des membranes expulsées de l'utérus, dans la dysménorrhée membraneuse, présente évidemment de grandes variations individuelles. Cependant, l'examen des différentes observations publiées révèle, dans ces cas, un ensemble de caractères communs qui permettent d'en tracer la physionomie générale.

Lorsque la membrane dysménorrhéique est expulsée en totalité, ce qui advient assez exceptionnellement, elle présente la forme d'une sorte de sac triangulaire qui reproduit exactement, dans sa configuration et dans ses dimensions, le moule de la cavité utérine. Les trois angles présentent des orifices béants de dimensions variables. L'orifice inférieur est le plus largement ouvert et répond au canal cervical alors que les deux autres correspondent aux orifices utérins des trompes. Ces divers orifices, à bords généralement irréguliers et déchiquetés, conduisent dans la cavité du sac membraneux, cavité qui n'est autre que la cavité utérine elle-même, et qui contient, d'ordinaire, des caillots cruoriques ou fibrineux.

Lorsqu'on ouvre, d'un coup de ciseaux, le sac membraneux, on constate que sa face interne est lisse ; on y reconnaît souvent, à la loupe, une infinité de petites dépressions qui sont les orifices des glandes de l'utérus.

La surface extérieure du sac est, en revanche, inégale, tomenteuse, parsemée de petites saillies rugueuses et de petits prolongements grêles ; elle est habituellement recouverte de cail-

lots sanguins plus ou moins volumineux qui lui donnent une coloration rougeâtre. Lorsqu'on examine cette face sous l'eau, après l'avoir débarrassée du sang qui la recouvrait, elle apparaît hérissée d'une infinité de petites houppes, d'un véritable chevelu, résultant de la dilacération du derme de la muqueuse au niveau du plan où s'est effectué le décollement de la membrane dysménorrhéique.

Coquard (1) a fait très justement remarquer que l'aspect que nous venons de décrire pouvait se trouver interverti, la face lisse représentant la partie superficielle du sac, la face villeuse sa partie profonde. Cela tient tout simplement à ce que le sac, déjà détaché dans sa partie supérieure et adhérent encore au voisinage du col, s'est retourné sur lui-même en doigt de gant, sous l'influence de contractions utérines violentes

Le plus souvent la membrane dysménorrhéique est expulsée en plusieurs temps, en une série de lambeaux beaucoup plus petits, variables d'ailleurs à l'infini comme dimensions et comme nombre. En adaptant ces fragments les uns aux autres, on parvient, parfois, à reconstituer plus ou moins complètement le moule de la cavité utérine. Ces lambeaux présentent toujours un aspect identique. Ils sont enroulés sur eux-mêmes ; ils ont une coloration rouge due aux caillots qui les englobent et avec lesquels on peut les confondre à un examen superficiel ; enfin, après le lavage, ils apparaissent sous la forme de lames minces, à bords déchiquetés et dont l'une des faces, celle qui correspond à la cavité utérine, est assez régulièrement lisse, tandis que l'autre, celle qui correspond au plan de décollement, est rugueuse et parsemée de saillies irrégulières.

Ces débris membraneux présentent une épaisseur très inégale. Certains d'entre eux peuvent atteindre une épaisseur de trois quarts de millimètre à un millimètre. D'autres, au contraire, sont extrêmement minces, véritablement pelliculaires et présentent une transparence complète. L'épaisseur peut d'ailleurs

1. COQUARD, *op. cit.*, p. 338

varier, sur un même fragment de membrane, suivant le point considéré.

Si nous en arrivons maintenant à l'étude de la *structure histologique* des membranes expulsées dans la dysménorrhée membraneuse, nous voyons que là encore les descriptions des différents auteurs diffèrent sur plus d'un point. Et ceci s'explique d'autant mieux que, dans les différents cas d'endométrite exfoliatrice, les lésions ne sont point toujours superposables et présentent moins souvent des différences individuelles très appréciables. Il s'ensuit qu'une description d'ensemble devra toujours être quelque peu schématique.

D'une manière générale, une membrane dysménorrhéique est constituée par un stroma abondant, infiltré de sang et de leucocytes et où l'on retrouve, plus ou moins altérés, des culs de sac glandulaires facilement reconnaissables.

L'épithélium de revêtement de la cavité utérine peut être conservé et former un revêtement ininterrompu au niveau de la face lisse, interne, des lambeaux membraneux. Ce fait est explicitement signalé dans un certain nombre d'observations et quelques figures en donnent la confirmation. Mais il semble bien que soit là un fait exceptionnel ou, du moins, assez rare. Le plus souvent l'épithélium n'est conservé que sous la forme de lambeaux et il est assez fréquent de le voir manquer complètement. Quoi qu'il en soit, l'épithélium, quand il existe, est toujours modifié dans sa forme. Les cellules cylindriques ont subi un certain aplatissement et sont devenues cylindriques basses, presque cubiques. Elles ne mesurent guère plus de 12 à 15 mm. de hauteur.

Le stroma sous-jacent est très notablement hyperplasié, ses éléments se sont multipliés, si bien que les tubes glandulaires sont séparés les uns des autres par un large intervalle, comme dans l'endométrite chronique interstitielle. Ces culs de sac glandulaires sont déformés ; sur une coupe parallèle à leur direction ils apparaissent sinueux, contournés, en forme de dents de scie. Sur des coupes transversales ils sont aplatis, écrasés, parfois complètement rompus. Ce sont là des modifications mécani-

ques qui se produisent, selon toute vraisemblance, au moment de l'expulsion de la membrane dysménorrhéique.

Quant au stroma lui-même, qui représente ici l'élément le plus intéressant, il est constitué par des cellules étroitement serrées les unes contre les autres, en général, séparées ailleurs par une substance unissante d'aspect hyalin.

Ces cellules présentent des dimensions très inégales : les unes sont petites, arrondies ou fusiformes et présentent l'aspect banal des cellules fixes de chorion de la muqueuse utérine normale ; les autres, plus nombreuses, offrent des dimensions beaucoup plus considérables. Ce sont des cellules polyédriques, à corps protoplasmique abondant, avec un noyau volumineux et dont les angles présentent souvent des prolongements effilés. Ailleurs on rencontre des éléments de même nature mais de forme allongée, parfois même très effilée et, entre ces deux extrêmes il est possible de trouver tous les intermédiaires. On a insisté, et avec juste raison, sur l'analogie que présentaient ces grandes formes cellulaires avec les cellules déciduales de la caduque gravidique, et nous reviendrons dans un instant sur ce point intéressant.

Disons auparavant que, d'une manière constante, le stroma de la membrane dysménorrhéique est dissocié par une infiltration hémorragique disposée soit sous la forme d'une large nappe diffuse, soit, au contraire, sous forme de petits foyers disséminés. On trouve enfin, de place en place, des amas de leucocytes formant des îlots plus ou moins étendus.

Ajoutons enfin que Von Franqué (1) a signalé la présence, dans le stroma, de petits amas nodulaires, formés de cellules étroitement tassées les unes contre les autres. Ces formations refoulent assez fréquemment la paroi des tubes glandulaires en se coiffant de leur épithélium, et il en résulte des figures fort curieuses, dont Von Franqué donne, dans son travail, des dessins très démonstratifs.

Il nous faut revenir maintenant sur l'analogie de structure que

1. VON FRANQUÉ. — *Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, 1893, Bd 27, p. 1.

nous avons signalée entre les gros éléments cellulaires du stroma des membranes dysménorrhéiques et les cellules déciduales. Cette question présente le plus grand intérêt et l'on comprend aisément qu'il est de toute nécessité de savoir si, dans certaines circonstances, cette ressemblance peut atteindre un degré tel que le diagnostic devienne impossible, au microscope, entre la dysménorrhée membraneuse et une caduque d'avortement.

Pour résoudre cette question, il nous faut maintenant faire un retour en arrière et considérer les opinions qui ont été successivement soutenues par les différents auteurs dont ce point a fixé l'attention.

Huchard et Labadie-Lagrave (1) disent que la structure de la membrane dysménorrhéique est identique à celle de la caduque, mais que la caduque présente une épaisseur plus grande. Ils ajoutent qu'il est difficile de faire le diagnostic différentiel entre les deux en l'absence de commémoratifs et surtout lorsque les fragments qu'on examine sont dépourvus de revêtement épithélial.

Hausmann (2) considère qu'il est très difficile de distinguer la caduque d'un avortement très jeune d'une membrane dysménorrhéique. Il est d'avis cependant que, lorsque les lambeaux expulsés dépassent une largeur de 4 à 5 centimètres et lorsque les dimensions des cellules du stroma atteignent respectivement 6 à 12 mm. pour les cellules rondes et 15 à 20 mm. pour les cellules fusiformes, il faut admettre l'hypothèse d'un avortement.

L. Mayer (3) insiste particulièrement sur cette forme de dysménorrhée membraneuse dans laquelle les malades expulsent non pas une membrane unique, mais un nombre plus ou moins considérable de petits fragments formés d'une substance

1. HUCHARD et LABADIE-LAGRAVE. — *Archives générales de médecine*, 1870.

2. HAUSMANN. — *Berliner Beiträge für Geb. und Gyn.* 1872. Bd I, p. 156.

3. L. MAYER. — *Berliner Beiträge zur Geb. und Gyn.* 1875. Bd IV, p. 29.

fondamentale englobant des vaisceaux, des débris de culs de sac glandulaires et un grand nombre de grandes cellules arrondies disposées en amas compacts. Il pense qu'il est des cas où la question peut se poser de savoir s'il s'agit d'une caduque vraie ou d'une membrane dysménorrhéique.

Finkel (1) ne parle pas de l'analogie des membranes dysménorrhéiques avec la caduque. Il décrit la substance interglandulaire comme un tissu de granulation composé de cellules ayant les dimensions des globules blancs. La plupart de ces cellules, de même d'ailleurs que les cellules épithéliales, présenteraient un aspect brillant et « vitré » et donnaient ainsi que les parois vasculaires, épaissies et devenues homogènes, la réaction amyloïde.

Beigel (2) n'a décrit, selon toute vraisemblance, que des cas de vaginité exfoliatrice et ses constatations sont, à notre point de vue, sans valeur.

Léopold (3) n'a vu que des petites cellules, rondes ou polyédriques, dont le noyau remplissait presque complètement le corps cellulaire, et des leucocytes. Il signale accessoirement l'analogie « non encore démontrée » de ces éléments avec les cellules déciduales.

G. et F. Hoggan (4) admettent, en revanche, l'identité des membranes dysménorrhéiques avec la caduque. Mais la description qu'ils donnent manque de précision et paraît renfermer un certain nombre d'inexactitudes.

Bordier (5), qui observa trois cas de dysménorrhée membraneuse, décrit, dans le stroma, de grandes cellules fusiformes, mais sans insister sur leurs analogies avec les cellules déciduales.

Wyder (6), dans un travail demeuré classique, arrive à cette

1. FINKEL. — *Virchow's Archiv*. 1876. Bd 63, p. 401.

2. BEIGEL. — *Archiv für Gynäkologie*, 1876. Bd 9, p. 84.

3. LEOPOLD. — *Archiv für Gyn.* 1876. Bd, p. 293.

4. G. et F. HOGGAN. — *Archiv für Gyn.* 1876. Bd 10, p. 301.

5. BORDIER. — *Gazette hebdomadaire*, 1877.

6. WYDER. — *Archiv für Gyn.* 1878. Bd 13, p. 1 et *Zeitschrift für Geb. und Gyn.* 1883. Bd 9, p. 1.

conclusion que « dans tous les cas où il y a expulsion de membranes déciduales, au sens propre du mot, c'est-à-dire formées par de grandes cellules, il faut admettre l'hypothèse d'un avortement, car les membranes expulsées dans la dysménorrhée membraneuse se composent principalement d'un coagulum fibrineux ou de lambeaux de muqueuse présentant les lésions de l'endométrite, avec un tissu interglandulaire fibrillaire ou infiltré de petites cellules ».

Wyder rejette, en conséquence, le cas de Saviotti (1), appuyé cependant de l'autorité de Kölliker et de Scanzoni. Cet auteur, dans une description histologique extrêmement précise, avait signalé la présence de cellules analogues aux cellules déciduales. Wyder soutient qu'il s'agissait, dans ce cas, d'un avortement et non d'une dysménorrhée membraneuse. Et cependant Saviotti insiste sur ce fait que les cellules de la caduque vraie sont plus volumineuses que les éléments qu'il a rencontrés : « cellules rondes, irrégulièrement polygonales ou allongées, plongeant dans une substance homogène qui forme l'espace interglandulaire ».

Bernutz (2) donne des détails précis qui montrent bien que les membranes dysménorrhéiques peuvent, dans certains cas, affecter une grande analogie avec la caduque, alors même que l'hypothèse d'une grossesse peut être exclue avec une absolue certitude. Il s'agissait, en effet, de deux malades qui purent être suivies sans discontinuité, pendant plus d'une année, et qui expulsèrent des membranes à chaque période menstruelle. Or, point intéressant, les culs de sac glandulaires étaient tapissés par un épithélium aplati et noyés dans un tissu interstitiel formé de grandes cellules arrondies.

Dans le cas de Skene (3), les membranes présentaient la structure de la muqueuse utérine normale.

-
1. SAVIOTTI. — *Scanzoni's Beiträge* 1869. VI. (cité par von Franqué).
 2. BERNUTZ. — *Archives de tocologie*, 1879, janvier et février.
 3. SKENE. — *New-York med Journal*, 1885.
 4. VON FRANQUÉ. — *Zeitschrift für Geb. und gyn.* 1893. Bd 27, p. 1.

D'une manière générale, dit Von Franqué (4), la littérature médicale de cette époque est tellement dominée par les idées de Wyder que, les auteurs mêmes qui écrivirent ultérieurement et dont l'attention était de plus en plus attirée par l'analogie des membranes dysménorrhéiques avec la caduque s'expriment sur ce point avec la plus extrême prudence. C'est ainsi que C. Rüge (1) écrit, dans le traité de Schroeder : « Dans la dysménorrhée membraneuse la muqueuse peut présenter deux sortes de lésions anatomiques : l'inflammation interstitielle banale et plus souvent, le type d'une endométrite interstitielle dans laquelle l'hyperplasie porte davantage sur la substance intercellulaire que sur les cellules du stroma. La charpente conjonctive est épaissie et rappelle l'aspect des faisceaux élastiques denses que l'on rencontre dans d'autres tissus. Les cellules du stroma, qui ne paraissent pas spécialement multipliées, et qui sont écartées les unes des autres par une sorte d'exsudat présentent, ça et là, diverses modifications consistant en ce que le noyau devient plus volumineux, le corps protoplasmique plus apparent, si bien que ces éléments en arrivent à ressembler beaucoup à de véritables cellules déciduales, dont ils constituent peut-être le stade initial ».

Dans des travaux ultérieurs (2), Rüge insiste de nouveau sur cette analogie des cellules du stroma des membranes dysménorrhéiques avec les cellules déciduales ; il formule son opinion de la manière suivante : « Les caractères généraux indiqués par Wyder ne semblent pas pouvoir être mis en doute ; cependant je désirerais attirer l'attention sur le fait que la formation de cellules déciduales, ou plutôt de cellules qui, par leur volume, par les dimensions de leur noyau, par leur forme et par le développement de leur corps protoplasmique, par la manière dont elles prennent les colorants et aussi par la manière dont elles s'orientent vis-à-vis des cellules voisines, présentent la plus grande ana-

1. C. RÜGE. — in SCHROEDER : *Handbuch der Gynäkologie*.

2. Voir RÜGE. — *Centralblatt für Gyn.* 1881, p. 287, et *Zeitschrift für Geb. und Gyn.* 1882. Bd. 7, p. 230.

logie avec les cellules déciduales, peut s'observer en dehors de toute grossesse. En d'autres termes je dirai que l'existence de cellules déciduales, bien que constituant une très forte présomption en faveur d'une grossesse, n'en est pas une preuve absolue, spécifique ».

A propos de cette assertion, Rüge rapporte l'histoire d'une malade qui, depuis quatre ans expulsait régulièrement des membranes à chaque période menstruelle. Cette malade fit un séjour prolongé à la clinique et, trois semaines après un curettage suivi d'une cautérisation à la teinture d'iode, elle expulsa à nouveau une membrane qui présentait « *tous les caractères histologiques d'une caduque vraie* ».

H. Meyer (1) partage l'opinion de Rüge. Il décrit le tissu interstitiel des membranes dysménorrhéiques comme constitué par de petites cellules rondes, des cellules fusiformes et « *de petits éléments tout à fait analogues aux cellules déciduales* », disposés généralement sous forme d'amas, mesurant 12 à 16 μ de diamètre avec un noyau de 7 à 8 μ . On rencontre des formes de passage entre les cellules rondes et les susdits éléments et aussi des cellules multinucléées, « *petites cellules géantes* », que Meyer considère comme des cellules migratrices en voie de division.

Il insiste d'ailleurs sur ce fait que les cellules pseudo-déciduales sont moins volumineuses que les cellules d'un caduque ; le diamètre des plus gros éléments ne dépasse guère 16 μ , alors que les cellules déciduales mesurent en moyenne 23 μ . D'autre part, ces éléments ne semblent pas dériver, comme les cellules déciduales vraies, des cellules fixes du stroma, mais au contraire de cellules migratrices. En sorte que, pour H. Meyer, il n'y aurait entre la membrane dysménorrhéique et la caduque vraie qu'une simple analogie, et non pas une identité véritable.

Löhlein (2) s'associe aux remarques de Rüge et de H. Meyer.

1. H. MEYER. — *Archiv für Gyn.* 1887. Bd. 34, p. 70.

2. LÖHLEIN. — *Gynäkologische Tagesfragen.* Heft. II. Wiesbaden, 1891.

Il a constaté également une multiplication modérée des cellules du stroma, qui étaient séparées les unes des autres par une sorte d'exsudat avec, de place en place, des éléments analogues aux cellules déciduales vraies.

Hofmeier (1) admet également que, dans certaines conditions, le diagnostic histologique entre la dysménorrhée membraneuse et un avortement peut être très délicat. Fritsch (2) est du même avis. Winkel (3) au contraire, se rallie aux idées de Wyder et soutient qu'il est très facile de distinguer les petites cellules qui infiltrent le stroma, dans la dysménorrhée membraneuse, des cellules déciduales vraies.

La question a été reprise, en 1893, par Von Franqué (4), dans un travail remarquable, illustré de fort belles figures. L'auteur allemand a pratiqué, avec le plus grand soin, des mensurations des cellules du stroma sur des coupes de membranes provenant de cinq cas de dysménorrhée membraneuse. Il a mesuré comparativement des cellules déciduales vraies, provenant d'avortements de quelques semaines. — Il est arrivé ainsi à cette conclusion que les deux sortes d'éléments présentent des dimensions très analogues, et que si les cellules déciduales vraies sont un peu plus volumineuses, la différence qui existe entre leurs dimensions et celles des cellules des membranes dysménorrhéiques n'excède guère quelques μ . Contrairement à H. Meyer, Von Franqué admet que ces cellules dérivent, comme les cellules déciduales, des cellules fixes du stroma et non pas de cellules migratrices. Il conclut de tout cela qu'il existe certainement des cas où il pourra être extrêmement difficile, sinon impossible de distinguer un fragment de caduque d'un membrane dysménorrhéique.

Recherches personnelles. — Nous avons essayé de rechercher la part de vérité que contenaient les diverses opinions que nous

1. HOFMEIER. — *Schröder's Handbuch*. 10^e édition.

2. FRITSCH. — *Die Krankheiten der Frauen*. 4^e Aufl. 1889, p. 225.

3. WINKEL. — *Lehrbuch der Frauenkrankheiten*. 2^e Aufl. 1890, p. 585.

venons d'énumérer et dont certaines sont contradictoires. Nous avons étudié, dans ce but, sous la direction de M. Bender, des membranes provenant de deux cas absolument typiques de dysménorrhée membraneuse.

Observation I. — Il s'agissait dans cette observation d'une jeune fille âgée de 22 ans qui, depuis six mois, perdait au moment de ses règles des pseudo-membranes atteignant le plus souvent le volume du pouce.

Cette jeune fille a été réglée à 13 ans. Elle n'a eu ses règles qu'une seule fois, entre 13 et 14 ans. A partir de 15 ans elle a été bien réglée ; l'écoulement menstruel durait de six à sept jours. A partir de l'âge de 20 ans, il y a eu des douleurs à chaque époque menstruelle et l'écoulement sanguin a été plus abondant que d'habitude ; il durait de dix à douze jours. Les douleurs étaient plus violentes, le deuxième et le troisième jour. A cette époque, Mlle X. eut une violente émotion, et depuis les douleurs n'ont fait qu'augmenter à chaque période menstruelle.

Rien d'intéressant à signaler au point de vue des antécédents héréditaires et personnels. A 7 ans la malade a eu une coqueluche qui l'a fortement anémiée, puis une conjonctivite granuleuse qui détermina une ulcération de la cornée. Entérite à 8 ans.

Les membranes soumises à l'examen formaient plusieurs filaments de 3 à 4 centimètres de longueur sur 4 à 5 millimètres de largeur. Les bords en étaient irréguliers et déchiquetés, l'une des faces était lisse, l'autre rugueuse et parsemée d'aspérités.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Fixation au formol à 4 0/0. Inclusion à la paraffine. Colorations : Hématéine-Eosine ; Hématoxyline-Van Gieson ; Carmin aluné. A un faible grossissement on reconnaît facilement qu'il s'agit d'une membrane de provenance utérine. On retrouve, en effet, l'épithélium utérin, conservé sous forme de lambeaux plus ou moins étendus. Les cellules épithéliales prennent assez mal les colorants ; il semble qu'elles aient subi un certain aplatissement. Le stroma des membranes est formé par du tissu cellulaire lâche infiltré de sérosité et de sang. En certains points les foyers hémorragiques sont si abondants qu'ils masquent tous les détails de structure. On retrouve, ça et là, assez éloignés les uns des autres, quelques culs de sac glandulaires. Les uns sont coupés parallèlement à leur axe et se montrent incurvés et sinueux. D'autres sont coupés transversalement ou plus ou moins obliquement.

Si maintenant nous examinons les coupes à un grossissement plus fort nous pouvons rendre une connaissance plus exacte des éléments

constitutifs du stroma. On y trouve différentes formes cellulaires. Ce sont d'abord des leucocytes, facilement reconnaissables, formant soit une infiltration disséminée, soit des amas limités. Puis on trouve en abondance des cellules conjonctives présentant, sans modifications, les caractères des cellules fixes du derme de la muqueuse utérine normale. Enfin l'attention est attirée par des éléments beaucoup plus volumineux, arrondis, fusiformes ou polyédriques, avec un corps protoplasmique abondant sur lequel tranche nettement un noyau arrondi, muni d'un nucléole très net. Ces éléments sont disposés assez irrégulièrement. En certains points, ils constituent la presque totalité du stroma ; ailleurs ils sont disséminés discrètement, au milieu des petites cellules conjonctives et des leucocytes. En parcourant les préparations on trouve toute une série de formes de transition entre ces grandes cellules et les petites cellules conjonctives du stroma.

Ces grands éléments présentaient, au moins les plus volumineux, une analogie très grande, sinon une absolue similitude avec des cellules déciduales. A ne considérer que certains points de la préparation, on eût pu se croire en présence d'une caduque. Et cependant, la jeune fille étant vierge, l'hypothèse d'une grossesse pouvait être exclue avec une certitude absolue.

Observation II. — Ils'agissait dans ce cas d'une malade au sujet de laquelle nous n'avons pu avoir que des renseignements incomplets. Cette femme était réglée régulièrement et, depuis plus d'un an, perdait à chaque période menstruelle de larges lambeaux membraneux, dont l'expulsion s'accompagnait de violentes douleurs.

La membrane qui nous fut remise, irrégulière de forme, mesurait environ 6 centimètres sur 4. Elle présentait une épaisseur variable : pelliculaire en certains points, elle atteignait ailleurs et dépassait même un millimètre. L'une des faces était lisse, l'autre tout à fait déchiquetée et recouverte de caillots sanguins et fibrineux.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Fixation au formol à 4 0/0. Inclusion à la paraffine ; coloration à l'hématéine-éosine et à l'hématoxyline-Van Gieson. Des coupes avaient été pratiquées au niveau de plusieurs fragments et les lésions constatées en ces différents points ont été trouvées identiques et absolument superposables.

On est frappé tout d'abord, au microscope, par l'abondance de l'hémorragie qui, presque partout, a complètement dissocié les éléments tissulaires. On retrouve cependant, de place en place, quelques culs de sac glandulaires, d'ailleurs très altérés. Certains sont rompus, d'autres sont aplatis et presque complètement oblitérés. Les cellules épithéliales prennent les colorants d'une façon massive et le noyau se différencie

mal. Quant à l'épithélium de revêtement, nous n'en avons plus retrouvé trace.

En parcourant les coupes on trouve, par ci, par là, des points dont la structure a été moins altérée par l'hémorragie, et où il est possible de prendre une connaissance plus exacte des éléments constitutifs de la membrane dysménorrhéique. On retrouve ici, comme dans le cas précédent, des amas de leucocytes, des placards plus ou moins étendus formés par des petites cellules conjonctives, arrondies ou fusiformes. Mais, en revanche, la proportion des grands éléments cellulaires, analogues à des cellules déciduales est ici plus considérable et on les retrouve non plus disposés sous la forme d'amas limités mais disséminés assez régulièrement dans toute l'étendue des préparations. Ces cellules présentent un polymorphisme remarquable et on trouve tous les intermédiaires entre les petites cellules arrondies et les grandes cellules fusiformes ou étoilées, dont les plus volumineuses atteignaient 25 à 30 μ et même au delà. L'élément prédominant est représenté par des cellules polyédriques, dont les angles sont souvent munis de prolongements protoplasmiques, et qui mesurent en moyenne de 16 à 20 μ . Ces cellules ont un corps protoplasmique très abondant, granuleux, se colorant en violet-rose par l'éosine. Le noyau est arrondi dans des cellules polyédriques, ovulaire ou allongé dans les cellules fusiformes.

Il est bien évident que, dans cette observation comme dans la précédente, les gros éléments du stroma, ressemblaient beaucoup à des cellules déciduales. Afin d'apprécier le degré de cette analogie nous avons comparé nos coupes de dysménorrhée membraneuse à des coupes de fragments de caduque provenant d'avortements jeunes (voir fig. 1 et 2). — De cette comparaison il ressort très nettement que si, dans la majorité des cas, les grosses cellules du stroma des membranes dysménorrhéiques, cellules « pseudo-déciduales », sont plus petites que les cellules déciduales vraies, il en est d'autres où elles peuvent atteindre un diamètre sensiblement égal. Nos constatations concordent, sur ce point, avec celles de von Franqué. Evidemment, dans les deux cas que nous avons étudiés, ces éléments n'étaient pas répartis avec la même régularité que dans une caduque vraie et la confusion pouvait être facilement évitée, mais nous admettons volontiers, que dans certaines conditions, l'erreur de diagnostic puisse être commise.

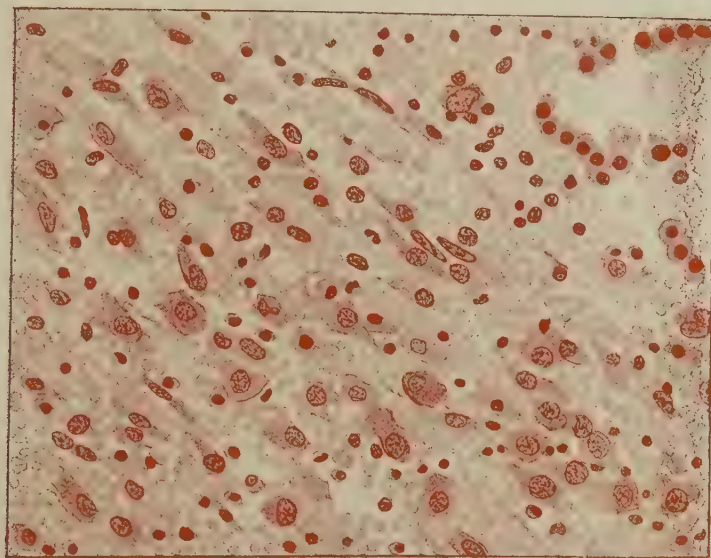


Fig. 1. Dysmenorrhée membraneuse

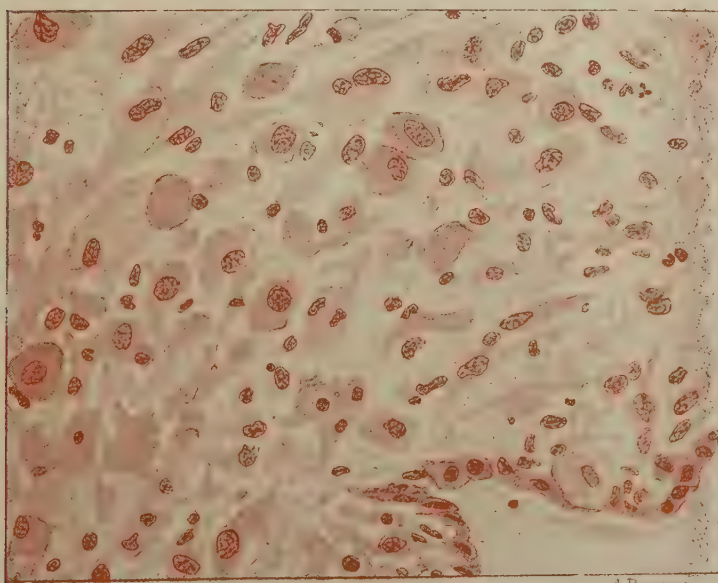


Fig. 2. Caduque. — Avortement de deux mois et demi

ETIOLOGIE-PATHOGÉNIE

On a beaucoup discuté sur les causes de la dysménorrhée membraneuse, mais sur ce point comme à propos de l'anatomie pathologique l'accord est loin de régner entre les différents auteurs.

L'hérédité semble avoir une influence indéniable, chez certains sujets tout au moins. C'est ainsi que Siredey rapporte une observation où six sœurs eurent de la dysménorrhée membraneuse dès leur première menstruation.

La dysménorrhée apparaît souvent chez les vierges et parfois même dès l'établissement des règles. Elle apparaît aussi au début du mariage ou après un accouchement. La période de plus grande fréquence est de 20 à 30 ans. Le coût semble, dans certains cas, pouvoir être considéré comme une cause déterminante. C'est ainsi que Tyler Smith rapporte l'observation d'une femme qui fut atteinte de dysménorrhée dès les premiers rapports sexuels. Devenue veuve, elle guérit, puis se remaria et dès lors les accidents se renouvelèrent.

Dans d'autres cas, ce sont des lésions locales, la métrite, la sténose du col, qui doivent être incriminées. Mais, dans la genèse de la maladie, on tend actuellement à accorder une part de plus en plus importante à l'influence de l'état général, arthritisme ou névropathie. Il semble bien que ce soit de ce côté qu'il faille chercher les causes prédisposantes sinon les causes déterminantes de l'endométrite exfoliatrice.

Reste à expliquer, maintenant, le mécanisme en vertu duquel

la membrane dysménorrhéique se trouve d'abord constituée puis ensuite éliminée. Ceci revient à remettre en question le processus même de la menstruation et de la mue cataméniale.

Si l'on admet, avec les auteurs anciens, que la muqueuse utérine se trouve entièrement détruite et éliminée à chaque époque menstruelle, la dysménorrhée membraneuse devient un phénomène simplement physiologique auquel vient seulement se surajouter l'élément douleur.

Mais pour Rüge, de Sinéty, Möricke, Gebhard, il n'en est pas ainsi et la muqueuse utérine se réapplique sur les tissus sous-jacents après évacuation des minimes hématomes qui l'avaient soulevée. Keiffer va même plus loin ; pour lui il n'y a pas rupture des capillaires mais seulement filtration du sang sans aucune lésion des vaisseaux ni de l'endothélium utérin. D'après lui, l'utérus est une sorte de glande et la menstruation un acte sécrétoire : « L'épithélium utérin est au réseau capillaire qu'il enveloppe comme l'endothélium rénal au glomérule ».

D'autres auteurs, enfin, sont d'une opinion intermédiaire. (Kundrat et Engelmann, Westphalen, Strassmann, Abel, Pettit). Ils pensent que la muqueuse et, en particulier, l'épithélium, ne dégénèrent pas tout entiers, mais qu'une partie de celui-ci et la portion superficielle du stroma sont soit étouffés par la pression sanguine, soit détruits par fonte et métamorphose graisseuse. Nagel partage cette opinion, et, au surplus, la présence, dans le sang menstruel d'éléments épithéliaux et de quelques cellules du stroma, semble plaider en faveur de cette manière de voir (1).

Il ressort de tout ceci que, dans les conditions normales, il n'y a pas élimination d'une caduque menstruelle. Lorsqu'une pareille élimination vient à se produire, c'est au prix de vives douleurs. En d'autres termes, l'exfoliation de la muqueuse, au moment des règles, n'est pas un phénomène physiologique mais bien un état pathologique, une déviation de la menstruation ; la dysménor-

1. Voir pour tous ces détails : RIEFFEL, in *Traité d'Anatomie humaine* de Poirier et Charpy, Tome V. p. 508.

rhée membraneuse doit être considérée comme une entité morbide spécifique.

Bernutz avait raison lorsqu'il disait que la dysménorrhée membraneuse résultait « d'une perversion de la mue catanéniale », mais c'était constater un fait sans en éclaircir la cause. Faut-il incriminer un excès de congestion utérine ? C'est possible. Ou bien vient-il s'y ajouter un état de friabilité spéciale des tissus reconnaissant une origine diathésique (arthritisme) ou inflammatoire (endométrite) ? Il est probable que ces deux facteurs s'associent dans une proportion qu'il est actuellement impossible de déterminer.

Et force nous est bien d'admettre que la dysménorrhée membraneuse est à l'heure présente, une affection bien définie dans ses caractères cliniques et anatomo-pathologiques, mais dont les causes et le mécanisme demeurent encore mystérieux.

PRONOSTIC

La dysménorrhée membraneuse est la plus rare de toutes les formes de dysménorrhée, mais c'est aussi la plus rebelle. C'est d'après Siredey (1), de toutes les formes de dysménorrhée la plus difficile à guérir.

La dysménorrhée membraneuse la plus rebelle paraît être celle qui s'est établie dès les premières menstruations. Il s'agit alors d'une véritable diathèse, d'un accident véritablement constitutionnel qui peut persister pendant toute la durée de la vie génitale.

En revanche, quand elle survient chez une femme qui a déjà eu des enfants, et à la suite soit d'une maladie générale, soit d'une affection génitale, le pronostic est beaucoup moins sévère et la dysménorrhée disparaît le plus souvent avec l'affection qui l'a causée.

Lorsque la dysménorrhée n'est pas de date très ancienne et qu'une grossesse survient, celle-ci peut avoir une influence favorable. En revanche une grossesse tardive, survenant dans un cas de dysménorrhée ancienne, n'a pas grande chance de produire une amélioration et, après l'accouchement, dès les premières règles parfois ou seulement quelques mois plus tard, l'expulsion de membranes se produit à nouveau avec tout son cortège de symptômes.

Et encore l'influence curatrice de la grossesse a-t-elle assez

1. SIREDEY.

rarement l'occasion de s'exercer car, dans la dysménorrhée membraneuse, la stérilité est fréquente et, comme le dit Beigel (1) « il semble que le travail morbide qui donne à la muqueuse utérine une consistance particulière lui permettant de résister à l'écoulement sanguin et, par conséquent, favorisant sa dilacération en grands lambeaux, lui ferme la possibilité de la conception ».

D'autre part la grossesse, lorsqu'elle survient, se trouve fréquemment interrompue dès les premiers mois.

Le pronostic n'implique cependant aucun danger sérieux, et la ménopanse vient mettre un terme à tous les accidents.

1. BEIGEL, *loc. cit.*

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la dysménorrhée membraneuse est généralement assez facile. L'expulsion périodique d'un sac ou de lambeaux membraneux, la crise douloureuse qui accompagne cette expulsion, sont des signes ordinairement assez bien tranchés pour qu'on ne puisse confondre cette affection avec aucune autre.

Cependant l'expérience montre que, parfois, le diagnostic n'est pas aussi aisé et que des erreurs peuvent être commises.

C'est ainsi que l'expulsion d'un caillot peut s'accompagner de symptômes douloureux intenses et simuler à s'y méprendre une crise de dysménorrhée membraneuse. Lorsqu'il s'agit d'un caillot fibrineux ou muco-fibrineux, l'erreur peut être commise par le seul examen macroscopique. Mais la confusion ne saurait exister à l'examen histologique ; le caillot est formé, en effet, par une trame fibrineuse englobant des leucocytes et des globules rouges auxquels viennent quelquefois s'adjoindre quelques rares éléments desquamés de la muqueuse utérine, donnant alors à l'ensemble un aspect d'organisation, qui est loin toutefois d'approcher de celui qui présente la membrane dysménorrhéique.

On ne confondra pas non plus la dysménorrhée membraneuse avec la vaginite exfoliatrice (vaginite épithéliale de Farre et de Tyler Smith). Il peut arriver, en effet, que les couches superficielles de la muqueuse vaginale se desquament au

moment des règles et se trouvent éliminées avec le sang menstruel. Mais, d'une part, l'expulsion de ces membranes a lieu sans douleur et, d'autre part, l'examen microscopique permet de distinguer très facilement les lambeaux d'épithélium pavimenteux statifié de la muqueuse vaginale des membranes provenant de l'utérus.

Mais le seul cas vraiment délicat sera celui où, en l'absence de commémoratifs précis, le diagnostic différentiel devra être fait avec un avortement. Dans ce cas l'aspect macroscopique ne peut fournir que des indications sans importance, et le diagnostic histologique peut offrir lui aussi, nous l'avons vu, de sérieuses difficultés. Il est bien certain que la membrane dysménorrhéique est caractérisée par l'étendue des foyers hémorragiques, par la multiplicité des amas d'infiltration embryonnaires, par la conservation assez fréquemment constatée du revêtement épithélial. Mais, véritablement, les dimensions des cellules du stroma interglandulaire et leur configuration diffèrent quelquefois si peu des caractères des cellules déciduales que l'hésitation peut être permise. La caduque présente, il est vrai, une structure plus régulièrement homogène et les cellules déciduales vraies ont un aspect plus transparent. Mais il est des cas, évidemment assez rares où, quelque familiarisé que l'on soit avec les recherches histologiques de cette nature, le diagnostic différentiel sera impossible. Il ne restera plus alors qu'à attendre l'époque des prochaines règles, et si l'expulsion des membranes se renouvelle avec les mêmes caractères, on sera autorisé à éliminer l'hypothèse d'un avortement et à faire le diagnostic de dysménorrhée membraneuse.

Ce diagnostic positif une fois établi il restera à déterminer les causes de la dysménorrhée. On devra toujours procéder à un examen très complet de l'appareil génital et rechercher, en particulier, la sténose du col, dont la guérison amène bien souvent celle de la dysménorrhée.

En l'absence de lésions génitales, on examinera avec soin l'état général des malades, on recherchera l'arthritisme, l'hystérie, car de ces constatations peuvent découler des indications précieuses au point de vue du traitement.

TRAITEMENT

En présence d'un cas de dysménorrhée membraneuse, il est le plus souvent fort difficile de faire la part étiologique de l'état local et de l'état général, de déterminer dans quelle mesure l'un ou l'autre ont participé à la genèse de l'affection. Aussi le traitement devra-t-il toujours être mixte ; il faudra combattre tout d'abord la douleur, supprimer ensuite les causes locales de dysménorrhée si l'on en découvre, et agir enfin sur l'état général.

Contre la douleur on prescrira des calmants, de préférence des lavements contenant de XX à XXV gouttes de laudanum associés à 1 gramme d'antipyrine, des suppositoires à l'extrait de belladone. Dans les cas aigus on aura recours aux injections hypodermiques de morphine. Il y aura avantage à administrer ces médicaments à des doses relativement faibles afin de pouvoir en répéter l'emploi si les crises douloureuses venaient à se renouveler. Le chloral, sous forme de potions ou de lavements a donné aussi de bons résultats. Skene a pu calmer une crise des plus violentes à la suite d'injections d'ergotine.

Conjointement on administrera de grandes injections chaudes et on couvrira le ventre de grands cataplasmes laudanisés, fréquemment renouvelés.

La crise passée on s'efforcera d'agir sur l'utérus et l'on recherchera s'il existe une atrésie du canal cervical ou seulement de l'orifice interne, une métrite, une rétroversion qui puissent être rendues responsables des troubles dysménorrhéiques.

Dans les cas de sténose du col, la dilatation progressive à

l'aide de laminaires ou de bougies de Hegar a rendu des services. Mais c'est une méthode lente, dont les résultats sont incertains, et nous lui préférerons la stomatoplastie par évidement commissural du col, opération décrite par notre maître M. le Professeur Pozzi (1), et qui agit si efficacement sur la dysménorrhée.

Contre la métrite on pourra recourir aux différents topiques intra-utérins, aux badigeonnages au nitrate d'argent (Siredey) ou à la teinture d'iode. Mais, mieux vaudra, le plus souvent, pratiquer un curettage, formellement indiqué d'ailleurs dans tous les cas où l'on intervient contre la sténose du col par une opération plastique.

Nous signalerons, à titre purement documentaire, le procédé recommandé par Chéron (2) Cet auteur conseille de tamponner l'utérus à l'aide de fines lanières de gaze iodoformée pensant que : « sous l'influence de ce tamponnement, il se fait une adhésion nouvelle de la muqueuse et une modification de l'état vasculaire sous-muqueux qui ne permet plus les poussées apoplectiques qui détachent, chaque mois, la muqueuse utérine ». Cette méthode nous semble pour le moins théorique, et nous doutons fort que la simple compression puisse empêcher l'exfoliation de la muqueuse.

Contre la rétroversion qui peut être, dans certains cas, une cause de dysménorrhée, on pourra essayer le redressement manuel de l'utérus. L'opération d'Alexander pourra parfois être indiquée

A ces divers modes de traitement local, on devra, *dans tous les cas*, joindre un traitement général. On recommandera l'exercice au grand air, un séjour prolongé à une altitude moyenne, de la révulsion cutanée au moyen de frictions énergiques au gant de crin. Les eaux thermales de Plombières, de Nérès, de Kreutznach, ont à leur actif un certain nombre de

1. Voir à ce propos : POZZI. *Traité de Gynécologie*. 4^e éd. 1905.

2. CHÉRON. — *Revue méd. chirurg. des maladies des femmes*. 1888, p. 127.

succès. On ne négligera pas non plus le traitement médicamenteux, l'iodure de potassium chez les arthritiques, le bromure chez les femmes qui présentent des stigmates d'hystérie. Les médicaments emménagogues, particulièrement la teinture de *verburnum prunifolium* agissent parfois favorablement.

Ces divers modes de traitement, et nous insistons sur ce point, devront toujours être associés. Ils sont susceptibles de donner, dans un certain nombre de cas, sinon la guérison, au moins une amélioration notable. Mais, à côté de ces cas heureux, il en est d'autres, malheureusement assez nombreux, où l'affection dysménorrhéique ne cède à aucun traitement.

La persistance des douleurs et leur exaspération au moment des périodes menstruelles peuvent rendre l'existence tellement insupportable aux malades qu'on est conduit à leur proposer la castration utéro-annexielle comme le seul procédé permettant de leur donner un soulagement. Mais c'est là une intervention trop radicale pour qu'on ne doive pas en réserver strictement l'application aux cas absolument rebelles, contre lesquels toutes les tentatives antérieures sont demeurées sans effet.

CONCLUSIONS

1° La muqueuse utérine n'est pas détruite et éliminée, au moment des règles, comme l'admettaient les auteurs anciens. Cette exfoliation, lorsqu'elle se produit, s'accompagne de vives douleurs et constitue le syndrome de la dysménorrhée membraneuse.

2° La membrane dysménorrhéique est caractérisée histologiquement par un stroma formé de grandes cellules polygonales ou fusiformes entre lesquelles on retrouve des culs de sac glandulaires. Il existe constamment des foyers hémorragiques plus ou moins étendus et des amas d'infiltration leucocytaire. Les cellules du stroma présentent la plus grande analogie avec des cellules déciduales, quoique leurs dimensions soient généralement plus réduites ; dans certains cas cette analogie est telle que, en l'absence de commémoratifs, le diagnostic différentiel devient impossible entre la dysménorrhée membraneuse et un avortement.

3° La dysménorrhée membraneuse résulte d'une exagération de la congestion utérine combinée à une friabilité spéciale de la muqueuse due, le plus souvent, à l'endométrite concomitante.

4° Le traitement de la dysménorrhée membraneuse est le curettage combiné à la stomatoplastie s'il existe une sténose du col.

VU :

Le Président de la thèse,
S. POZZI.

VU :

Le Doyen,
DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ASHWELL. — *Practical treatise on the diseases peculiar to women*, 2^e éd. 1846, p. 117.
- BEIGEL. — *Zur Pathologie der Dysmen. membran.* Archiv. für Gyn. 1876. Bd 9, p. 84.
- BERNUTZ. — *Contribution à l'histoire de la dysménorrhée membraneuse.* — Archives de tocologie 1879. Janvier et février.
- BORDIER. — *Note sur un cas de dysménorrhée membraneuse exfoliatrice de nature dartreuse.* — Gazette hebd. de méd. et de chir. 1877, 26 janv., p. 53.
- CHURCHILL. — *Traité prat. des maladies des finances*, 5^e éd.
- COHNSTEIN. — *Ueber Vaginitis exfoliativa und Dysmen. membran.* — Archiv für Gyn. 1881. Bd 17, p. 69.
- COQUARD. — *Contrib. à l'étude de la dysmén. membraneuse.* — Revue méd chir. des mal. des femmes. 1888, p. 270, 337, 403, 465.
- COOK (G. W.). — *Membranous dysmenorrhoea.* — Americ. J. of obst. 1898, vol. 37, p. 786.
- COSTE. — Cité par Semelaigne, *loc. cit.*
- DOLIRIS. — *Métrites et fausses métrites.* 1902, p. 468.
- DUNNING. — *Membranous dysmenorrhea.* — Americ. Gyn. and obst. Journ. 1897, vol. 10, p. 433.
- EULENBURG. — *Ueber die Beziehungen der funktionellen Nervenkrankheiten zu den weiblichen Geschlechtsorganen in aetiologischer, diagnostischer, und therapeutischer Hinsicht.* — Centralblatt für Gyn. 1903, n. 43.
- FELLNER. — *Ueber Dysmenorrhoe und deren Balneotherapie.* — Prager med. Wochenschr. 1902, n. 38.

- FINKEL. — *Ueber die membrana dysmenorrhœica*. — Virchow's archiv. 1876. Bd. 63, p. 401.
- FOTHERGILL. — Cite in La Gynécologie. 1902. Février.
- VON FRANQUÉ. — *Beitrag zur path. Anat. der Endometritis exfoliativa*. — Zeitschrift für Geb. und Gyn. 1897. Bd. 27, p. 1.
- GAUTIER. — *Congrès intern. des sc. méd. de Genève*. 1877.
- GEHBARD. — *Ueber dysmenorrhœische Membran*. — Zeitschrift für Geb. und Gyn. Bd. 32, p. 299 et *Pathol. anat. der weiblichen Sexualorgane*.
- GOTTSCALK. — *Zur Aetiologie der Endometritis exfoliativa*. — Deutsche med. Wochenschrift. 1903, n. 48.
- GRECHEN. — *Ueber Dysmenorrhoe membranacea*. — Gynäkolog. Studien und Erfahrungen. — Berlin, 1887.
- GUNNING. — *Treatment of membran. dysmen. by bipolar galvanisation*. — Americ. Journ. of obst. 1891, p. 305.
- HAUSMANN. — *Beitrag zur Lehre der decidua menstrualis*. — Monatsschrift für Geburtskunde. Bd 31. — *Die lehre von der Decidua menstrualis*. — Berliner Beiträge zur Geb. und Gyn. 1872. Bd I, p. 156.
- HOGGAN. (G. et F. E.). — *Zur Pathologie und Therapie der Decidua menstrualis*. — Archiv. für Gyn. 1876. Bd 10, p. 301.
- HUCHARD et LABADIE-LAGRAVE. — *Arch. gén. de méd.* 1870, vol. I, p. 678 ; vol. II, p. 69 et 1871, vol. II, p. 706.
- JORDAN. — *Gyógyászat*. 1889 n. 29.
- KEIFFER. — *L'obstétrique*. 1897, n° 4, p. 289.
- KLOB. — *Pathol. Anat. der weibl. Setualorgane*. 1864.
- KOLLMANN. — *Zur Lehre von der Dysmen. membran.* — Münchner med. Wochenschrift. 1901, n. 37, p. 1445.
- KUNDRAT et ENGELMANN. — *Studien ueber die Uterusschleimhaut*. — Wiener med. Jahrbücher 1873, p. 135.
- LÉOPOLD. — *Ueber die Decidua menstrualis*. — Archiv für gyn. 1876. Bd. p. 293.
- LOCKYER. — Obstetrical Soc. of London. 1901. vol. 43, p. 205.
- LÖHLEIN. — *Die Bedeutung der Exfoliatio mucosae menstrualis*. — Centralblatt für gyn. 1889, p. 537.
- MARTIN (F. S.). — *Med. News. Philad.* 1890. VI, p. 471.
- MAYER. — *Mittheilungen uber meine Erfahrungen ueber Decidua menstrualis*. — Berliner Beiträge zur Geb. und Gyn. 1875. Bd 4, p. 29.
- MEYER (H.). — *Zur pathol. Anat. der Dysmen. membran.* — Archiv. für Gynäk. Bd. 31, p. 70.
- MORGAGNI. — *De sedibus et causis morborum*. — Epist. 48.
- MORICKE. — *Ueber Menstruation und Dysmenorrhoe*. — Graefe's Samml. zwangl. Abhandl. 1898.

- OLDHAM. — *London med. Gazette*. 1846, 1^{er} avril.
- OLSHAUSEN. — *Ueber Amenorrhoe und Dysmenorrhoe*. — *Zeitschrift für Geb. und Gyn.* 1903, Bd. 51, p. 226.
- PETTIT (A.). — *Modifications de la muqueuse utérine pendant la menstruation, etc.* — *Semaine gyn.* 1900, n. 23, p. 177, et *Diagnostic histologique des curettages utérins*. — Paris (Schleicher), 1901.
- RIES. — *Journal of the americ. med. Assoc.* 1896.
- RÜGE. — *Ist die Deciduazelle für die Gravidität charakteristisch?* *Centralblatt für Gyn.* 1881, Bd. V, p. 287. — *Ueber die charakteristischen Eigenschaften der Deciduazellen*. — *Zeitschrift für Geb. und Gyn.* 1882. Bd. 7, p. 230.
- SAVIOTTI. — *Beitrag zur Kenntniss der Decidua menstrualis*. — Scanzoni's Beiträge. 1869, VI.
- SCHÖNHEIMER. — *Zur pathol. Anat und Symptomat. der menstruellen Uterus-Ausscheidung*. — *Archiv für Gyn.* 1893. Bd. 44, p. 304.
- SEMELAIGNE. — *Thèse de Paris*. 1851, n° 232.
- DE SINÉTY. — *Relations qui existent entre la dysménorrhée membraneuse et la menstruation normale*. — *Bull. de l'Acad. de médecine*. 1881.
- SIREDEY. — Cité par Coquard, *loc. cit.*
- SKENE. — *New-York. Med. Journ.* 1885, p. 561
- TROQUE. — *Thèse de Paris*. 1869.
- TYLER SMITH. — *The Lancet*. 1855, 18 juin.
- WESTPHALEN. — *Zur Physiologie der Menstruation*. — *Archiv. für gyn.* 1896. Bd. 52, p. 35.
- DE WITT. — *Membran. dysmen.* — *Americ. Journ. of Obst.* 1900, vol. 42, p. 308.
- WYDER. — *Beiträge zur normalen und patholog. Anat. der menschlichen Uterusschleimhaut*. — *Archiv für Gyn.* Bd. 13, p. 109. — *Das Verhalten der mucosa uteri während der Menstruation*. *Zeitschrift für Geb. und Gyn.* Bd. 9, p. I.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Historique.	3
Etude clinique	6
Anatomie pathologique.	12
Etiologie Pathogénie	25
Pronostic	28
Diagnostic.	30
Traitement.	32
Conclusions	35
Index bibliographique	37